

MEDICAL CERTIFICATE / ÄRZTLICHES ATTEST

Herr / Frau

Vor- und Zuname

Straße Wohnort

Geburtsdatum

Es bestehen keine Bedenken hinsichtlich einer sportlichen Betätigung.

Die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen, insbesondere an Vollkontakt Kampfsport Wettkämpfen, ist aus gesundheitlicher Sicht:

- Unbegrenzt möglich
- Nicht möglich

Datum

Unterschrift

Stempel

